



Universidade de São Paulo

Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI

Sem comunidade

Scielo

2012

Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009

Rev. Assoc. Med. Bras.,v.58,n.6,p.659-665,2012

<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/39515>

Downloaded from: Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI, Universidade de São Paulo

Maus-tratos contra a criança e o adolescente no Estado de São Paulo, 2009

VILMA PINHEIRO GAWRYSZEWSKI¹, DALVA MARIA DE OLIVEIRA VALENCICH², CLÁUDIA VIEIRA CARNEVALLE³, LUIZ FRANCISCO MARCOPITO⁴

¹ Doutorado em Saúde Pública, Universidade de São Paulo; Advisor, Health Information and Analysis Project, Pan American Health Organization, EUA

² Enfermeira; Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Centro de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Controle de Doenças (CCD), Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), São Paulo, SP, Brasil

³ Mestre em Avaliação de Gestão em Saúde, Santa Casa de São Paulo; Psicóloga, Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Centro de Vigilância Epidemiológica, CCD, SES-SP, São Paulo, SP, Brasil

⁴ Doutorado em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo; Médico, Divisão de Doenças e Agravos não Transmissíveis, Centro de Vigilância Epidemiológica, CCD, SES-SP, São Paulo, SP, Brasil

RESUMO

Objetivo: Descrever o perfil das notificações em crianças e adolescentes no Estado de São Paulo em 2009 e analisar possíveis fatores associados. **Métodos:** Foram analisadas 4.085 notificações em menores de 15 anos, registradas no Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA); um teste de regressão logística foi utilizado. **Resultados:** O sexo feminino foi 61,4% do total. A faixa etária mais frequente entre as meninas foi a de 10 a 14 anos (38,8%) e entre os meninos foi < 5 anos (35,8%). A violência física representou 43,3% dos casos em meninos e a sexual 41,7% em meninas. Os principais autores das agressões foram os pais (43,8% do total) e conhecidos (29,4%). Agressores homens representaram 72,0%. A residência foi o local de ocorrência de 72,9% dos casos; violência de repetição foi referida em 51,4% das notificações. Diferenças encontradas entre os casos de violência física e sexual: a) violência física – maioria meninos (50,9%), pais como autores (48,4%) e mulheres como autoras (42,8%); b) violência sexual – maioria meninas (77,2%), conhecidos como autores (48,4%) e homens como autores (96,1%). Variáveis associadas à violência física: sexo masculino (OR: 2,22), idade 10-14 anos (OR: 1,68) e pais como autores (OR: 2,50). A violência sexual foi associada ao sexo feminino (OR: 2,84), idade 5-9 anos (OR: 1,66) e desconhecidos como autores (OR: 1,53). **Conclusão:** As políticas públicas deveriam garantir o direito de toda criança ter uma vida saudável e livre de violência. A análise das notificações é importante instrumento para estabelecer estratégias de prevenção.

Unitermos: Maus-tratos; causas externas; violência doméstica; violência sexual.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

SUMMARY

Child and adolescent abuse in the state of São Paulo, Brazil, 2009

Objective: To describe the profile of the reports of child and adolescent abuse in the state of São Paulo in 2009, and to analyze possible associated factors. **Methods:** A total of 4,085 reports regarding children and adolescents younger than 15 years recorded by the Domestic, Sexual, and Other Interpersonal Violence Surveillance System (Sistema de Vigilância de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais – VIVA) were analyzed using a logistic regression model. **Results:** The females comprised 61.4% of the total cases. The most common age group among females was 10 to 14 years (38.8%) and among males was < 5 years (35.8%). Physical abuse accounted for 43.3% of cases in males, and sexual abuse cases accounted for 41.7% of cases in females. The main perpetrators of the abuse were parents (43.8% of the total) and acquaintances (29.4%). Male aggressors were 72.0% of the total. The abuse occurred at home in 72.9% of cases; repeated abuse was reported in 51.4% of cases. Differences between the cases of physical and sexual abuse: a) physical abuse – mostly males (50.9%), parents as perpetrators (48.4%), and women as perpetrators (42.8%), b) sexual abuse – mostly females (77.2%), known aggressors (48.4%), and men as perpetrators (96.1%). Variables associated with physical abuse: male gender (OR: 2.22), age 10-14 years (OR: 1.68), and parents as perpetrators (OR: 2.50). Sexual abuse was associated with female gender (OR: 2.84), age 5-9 years (OR: 1.66), and unknown authors (OR: 1.53). **Conclusion:** Public policies should guarantee that children and adolescents have a healthy and violence-free life. The analysis of the notifications is an important tool to establish prevention strategies.

Keywords: Abuse; external causes; domestic violence; sexual violence.

©2012 Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Trabalho realizado no Centro de Vigilância Epidemiológica/Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Artigo recebido: 25/01/2012
Aceito para publicação: 01/07/2012

Correspondência para:
Vilma Pinheiro Gawryszewski
Pan American Health Organization
525 23 rd St, NW
Washington, DC, 20037
United States of America
Tel: 1-202-492-7482
gawry@uol.com.br
gawryszv@paho.org

Conflito de interesse: Não há.

INTRODUÇÃO

É direito de toda criança ter uma vida saudável e livre de violência em sociedade; as políticas públicas deveriam garantir tal direito. Apesar disso, estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que milhões de crianças em todo o mundo são vítimas ou testemunhas de violência, o que pode afetar seriamente sua saúde, qualidade de vida e pleno desenvolvimento¹⁻³. Trata-se de um problema antigo, uma vez que o primeiro trabalho científico descrevendo uma criança espancada foi a monografia de um médico legista francês em 1860⁴. Existem evidências de que a violência, vivida ou testemunhada, pode afetar a saúde física e mental dessas crianças não apenas no curto, mas também no médio e longo prazo. Essas repercussões incluem dificuldade de aprendizado, transtornos comportamentais e de relacionamento, tabagismo, uso nocivo de álcool, depressão, problemas psíquicos, entre outras^{1,5,6}. Estudos realizados sobre os efeitos dos maus-tratos sobre o desenvolvimento do cérebro nas fases iniciais da infância mostraram que o cérebro infantil, submetido ao estresse crônico, focalizará seus recursos para a sobrevivência e resposta às ameaças do ambiente¹. Tal mecanismo pode levar ao desenvolvimento acentuado das regiões do cérebro responsáveis pela resposta à ansiedade e ao medo, em prejuízo das regiões responsáveis pelo pensamento mais complexo, incluindo o aprendizado. Por outro lado, algumas evidências também mostram que intervenções precoces podem minimizar esses efeitos¹.

Apesar dos abusos contra crianças e adolescentes datarem da Antiguidade, eles somente começaram a ser tema de estudos e pesquisas há cerca de 45 anos². A escassez de informações sistematizadas, confiáveis e contínuas se constituía em um dos grandes entraves para o estabelecimento de ações e políticas públicas para o seu enfrentamento. Embora o setor saúde tenha recebido, desde 1990, um mandato especial do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que é dever de notificar os casos de maus-tratos, a análise dessas informações não era feita de forma regular. Em 2006, o Ministério da Saúde deu um passo importante nesta direção ao implantar nacionalmente o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) para coletar dados em serviços sentinela através de uma Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências⁷.

O presente estudo tem como objetivo descrever os casos de maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 15 anos registrados no Sistema VIVA no Estado de São Paulo em 2009 e estudar possíveis fatores associados.

MÉTODOS

A fonte de dados utilizada foi o Sistema VIVA, que faz parte do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN NET. As informações são referentes aos casos

ocorridos em 2009, no Estado de São Paulo (data de extração dos dados: 4/5/2010). O instrumento de coleta de dados foi a Ficha de Notificação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências, que é padronizada nacionalmente⁷. Um total de 4.085 notificações válidas, ocorridas em crianças e adolescentes menores de 15 anos, realizadas por 429 serviços sentinela, foi analisado. Apesar de se tratar de estudo que utilizou dados secundários de agravo de notificação compulsória em território nacional, o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS – SP.

TIPOLOGIA DA VIOLÊNCIA - DEFINIÇÕES

O termo maus-tratos contra a criança e o adolescente é consagrado internacionalmente e se refere a qualquer forma de abuso físico, emocional, sexual, negligência e/ou formas de exploração comercial e outras¹. As definições utilizadas no presente estudo para classificar os diversos tipos de violência encontram-se listadas a seguir, tendo sido retiradas e adaptadas do Instrutivo da Ficha de Notificação elaborado pelo Ministério da Saúde⁷ e pela Organização Mundial da Saúde^{3,8}. Cabe ressaltar que a Ficha de Notificação contempla outras definições, que não estão apresentadas aqui pela baixa frequência de casos. Além disso, esse instrumento aceita o registro de uma ou mais tipologias de violência em cada evento.

Violência física: são atos violentos com uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando, ou não, marcas evidentes no seu corpo.

Violência psicológica: é toda forma de rejeição, deprecição, discriminação, desrespeito, cobranças exageradas, punições humilhantes e utilização da pessoa para atender às necessidades psíquicas de outrem. É toda ação que coloque em risco ou cause dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa.

Violência sexual: conduta que cause constrangimento a presenciar, manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça coação ou uso da força; comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade. Ou seja, é toda ação na qual uma pessoa, podendo envolver situação de poder, obriga outra à realização de práticas sexuais, contra a vontade, por meio de força física, influência psicológica, uso de armas ou drogas.

Violência por negligência/abandono: é a omissão; deixar de prover as necessidades e cuidados básicos para o desenvolvimento físico, emocional e social da pessoa. Ex.: falta de cuidados necessários com a saúde; descuido com a higiene; ausência de proteção contra as inclemências do meio, como o frio e o calor; ausência de estímulo e de condições para a frequência à escola. O abandono é considerado uma forma extrema de negligência.

ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente foi realizado um estudo descritivo das seguintes variáveis de interesse: 1) demográficas (sexo, faixa etária, raça e escolaridade); 2) características da violência (tipo de violência, relação vítima/autor, local de ocorrência, violência recorrente ou de repetição); e 3) encaminhamentos à rede de atendimento (encaminhamentos para outras instituições fora do setor saúde). Os dados estão apresentados sob a forma de números absolutos e proporções. Em razão de que essas informações foram provenientes de serviços sentinela, não está indicado o cálculo de taxas para o estado.

Para estudar a relação entre os tipos e possíveis fatores associados foram construídos modelos de regressão logística para os dois tipos de violência mais frequentes (abuso físico e abuso sexual), tendo sido utilizado o procedimento *stepwise forward* (incluindo uma variável por vez), e a variável permaneceu no modelo, se tinha um nível descritivo do teste menor que 0,05 ($p < 0,05$). A variável dependente foi o tipo de violência compilada em duas categorias (física = 1 e todas as demais = 0; sexual = 1 e todas as demais = 0); e as variáveis independentes foram: sexo, faixa etária, local de ocorrência compilado (residência = 1 e todos os demais = 0), relação vítima/autor compilado (pais, conhecidos, desconhecidos e outros), violência de repetição. Foram calculadas as *odds ratio* (OR) com os respectivos intervalos de confiança (IC) com 95% de confiança. Os testes foram conduzidos com nível de significância de 5%. As análises foram realizadas no SPSS versão 13.0 para Windows.

Os resultados aqui apresentados referem-se a 4.085 notificações de maus-tratos contra crianças e adolescentes menores de 15 anos, realizadas no ano de 2009, o que representou 29,1% do total de notificações neste ano.

RESULTADOS

A Tabela 1 mostra a predominância de meninas entre os casos notificados, as quais responderam por 61,5% do total (2.511 casos), enquanto os meninos representaram 38,5% (1.574 casos). A faixa etária com maior número de casos foi a de 10 a 14 anos (38,8%), seguida pela faixa de menores de cinco anos (32,0%) e pela de cinco a nove anos (29,2%). Entretanto, em relação ao sexo, essa distribuição ocorreu de uma forma diferente, visto que as notificações no sexo masculino ocorreram em idades mais precoces do que as no sexo feminino – a maior proporção de notificações entre meninos foi verificada na faixa de menores de cinco anos enquanto, entre as meninas, a faixa de 10 a 14 anos é a que se mostrou preponderante. As crianças e adolescentes classificados ou referidos como de raça branca responderam por 60,2% do total de vítimas, enquanto os não brancos foram 39,8%; essa distribuição segundo sexo não mostrou diferenças acentuadas. Quanto à escolaridade das crianças com sete anos ou mais, a maioria dos casos

referiu ter entre cinco e oito anos de estudo (47,8%), seguindo-se os que tinham entre zero e quatro anos (47,1%) e nove anos e mais (5,1%).

Com relação à natureza dos maus-tratos, predominaram os casos de violência física isolada ou associada a abuso psicológico (34,0%), seguindo-se a violência sexual isolada (33,2%), negligência/abandono (13,9%), outros tipos e formas múltiplas (8,8%), violência sexual associada à violência física (7,1%) e violência psicológica (3,0%). A principal diferença em relação ao sexo foi a maior proporção de violência sexual nas meninas (33,2% do total de casos no sexo feminino) em relação aos meninos (19,5% do total de casos no sexo masculino). Contrariamente, a frequência de violência física e a negligência foram maiores entre meninos do que entre as meninas. Em quase metade desses eventos (43,8%), os autores da agressão eram os responsáveis pelas vítimas – mãe (18,6%), pai (14,8%), padrasto (9,3%) e madrasta (1,2%) – ou conhecidos, incluindo outros familiares (29,0%). Os desconhecidos foram responsáveis por 7,9% dos casos. Essa distribuição apresentou diferenças em relação ao sexo, destacando-se a alta proporção de mães como autoras de agressão contra os meninos. A maior parte desses autores era do sexo masculino (72,2% do total).

Quanto ao local de ocorrência desses eventos, foi observado que a residência foi o mais frequente (72,9%) para ambos os sexos, sendo maior, porém, entre as meninas (75,9%) do que entre os meninos (66,4%). A via pública (ou outros locais públicos, que inclui ruas, rodovias e praças), ocupou a segunda posição, responsável por 13,0% do total. Na escola ocorreram 5,7% dos casos. A violência foi referida como de repetição em quase metade dos casos (48,6%), sem diferenças marcantes entre os sexos. A avaliação da referência à rede de atendimento às pessoas em situação de violência revelou que 70,7% dos casos foram referenciados às seguintes instituições: Conselhos Tutelares (CT), Vara da Infância e Adolescência e Ministério Público (MP) (25,8% dos casos referenciados); delegacias especiais e Instituto Médico Legal (27,5% dos casos referenciados) e outras instituições, tais como Casas Abrigo, Programa Sentinela, Centro de Referência e Assistência Social (46,7% dos casos referenciados).

A Tabela 2 mostra os resultados da regressão logística. Em relação aos tipos de violência foram verificadas diferenças estatisticamente significantes entre os sexos, faixa etária, local de ocorrência, relação vítima/autor e a violência recorrente ou de repetição. Considerando esse conjunto de casos notificados, os meninos foram 2,2 vezes significativamente mais prováveis de sofrerem abuso físico do que as meninas; ocorreu o contrário em relação à violência sexual: as meninas foram 2,8 vezes significativamente mais prováveis de serem notificadas por abuso do que os meninos. Comparativamente à faixa de zero a cinco, as crianças e adolescentes de 10 a 14 anos foram 1,7

Tabela 1 – Análise descritiva das características das notificações de maus-tratos em menores de 15 anos no Estado de São Paulo, 2009

	Masculino (n = 1574)		Feminino (n = 2511)		Total (n = 4085)	
	n	%	n	%	n	%
Faixa etária (anos)						
< 5	563	35,8	746	29,7	1309	32,0
5 a 9	523	33,2	670	26,7	1193	29,2
10 a 14	488	31,0	1095	43,6	1583	38,8
Raça						
Branca	712	58,3	1260	61,4	1972	60,2
Não branca	510	41,7	793	38,6	1303	39,8
Escolaridade* (anos)						
0 a 4	298	60,4	428	40,8	726	47,1
5 a 8	181	36,7	556	53,0	737	47,8
9 e mais	14	2,8	65	6,2	79	5,1
Natureza						
Física	681	43,3	708	28,2	1389	34,0
Psicológica	49	3,1	74	2,9	123	3,0
Sexual	309	19,6	1047	41,7	1356	33,2
Negligência	307	19,5	259	10,3	566	13,9
Física + sexual	88	5,6	203	8,1	291	7,1
Outras + múltiplas	140	8,9	220	8,8	360	8,8
Autor da agressão						
Pai	170	13,9	326	15,3	496	14,8
Mãe	334	27,3	292	13,7	626	18,6
Padrasto	60	4,9	253	11,8	313	9,3
Madrasta	16	1,3	23	1,1	39	1,2
Conhecidos	345	28,2	644	30,1	989	29,4
Desconhecidos	90	7,3	175	8,2	265	7,9
Outros	220	18,0	431	20,2	651	19,4
Sexo do autor da agressão						
Masculino	769	66,4	1558	75,1	2327	72,0
Feminino	284	24,5	408	19,7	692	21,4
Ambos	106	9,1	108	5,2	214	6,6
Local de ocorrência						
Residência	926	68,1	1659	75,9	2585	72,9
Local/via públicos	218	16,0	242	11,1	460	13,0
Escola	99	7,3	103	4,7	202	5,7
Outros	116	8,5	181	8,3	297	8,4
Violência de repetição						
Sim	445	46,6	803	49,8	1248	48,6
Não	510	53,4	810	50,2	1320	51,4
Encaminhamento para outros setores						
CT e/ou Vara e/ou MP	470	37,1	583	27,4	1053	31,0
Delegacias e/ou IML	276	21,8	564	26,5	840	24,7
Outras	522	41,2	982	46,1	1504	44,3

*Os percentuais foram calculados para os casos com informação conhecida. CT, Conselho Tutelar; MP, Ministério Público; IML, Instituto Médico-Legal.

Tabela 2 – Estudo da associação entre a natureza da violência (física e sexual) e sexo, faixa etária, local de ocorrência, relação vítima/autor da agressão e violência de repetição. Notificações de maus-tratos em menores de 15 anos, Estado de São Paulo, 2009

Natureza da violência	Física	Sexual
Variável	OR ajustada (95% IC)	OR ajustada (95% IC)
Sexo		
Masculino	2,22 (1,84; 2,69) ^a	1,00
Feminino	1,00	2,84 (2,33; 3,47) ^a
Faixa etária (anos)		
< 5	1,00	1,00
5 a 9	0,80 (0,62; 1,04)	1,66 (1,30; 2,11) ^a
10 a 14	1,69 (1,33; 2,14) ^a	0,89 (0,70; 1,12)
Local		
Residência	1,00	1,65 (1,32; 2,07) ^a
Outros	2,03 (1,62; 2,54) ^a	1,00
Relação vítima/autor		
Pais	2,50 (1,91; 3,28) ^a	0,32 (0,26; 0,42) ^a
Conhecidos	1,49 (1,12; 1,97) ^b	1,00 (0,78; 1,28)
Desconhecidos	0,82 (0,55; 1,22)	1,53 (1,06; 2,21) ^c
Outros	1,00	1,00
Violência de repetição		
Sim	1,00	1,38 (1,14; 1,67) ^a
Não	1,58 (1,30; 1,92) ^a	1,00

^ap < 0,001; ^bp < 0,05; ^cp < 0,01.

vezes significativamente mais prováveis de sofrerem abuso físico enquanto os de cinco a nove anos foram mais prováveis de serem notificados por abuso sexual. O abuso físico foi 2,0 vezes mais provável de ocorrer em “outros locais”, comparativamente à residência, enquanto o abuso sexual foi 1,7 vezes significativamente mais provável de ocorrer na residência comparativamente a “outros locais”. Comparando à categoria “outros”, os pais foram 2,5 vezes mais prováveis de serem autores de agressão física, enquanto os desconhecidos foram 1,5 vezes. Entre os casos notificados, o abuso físico foi 1,6 vezes mais provável de não ser recorrente ou de repetição, enquanto o abuso sexual foi 1,4 vezes mais provável de ser recorrente.

DISCUSSÃO

Os maus-tratos infantis se constituem uma questão de grande complexidade uma vez que sua dinâmica e seus fatores determinantes, bem como estratégias de prevenção eficazes diferem acentuadamente em função da idade da vítima, do cenário em que os maus-tratos ocorrem, e da relação entre vítima e autor da agressão¹. Tal fato é razão importante para que os profissionais de saúde realizem a notificação e a posterior análise epidemiológica e divulgação dos resultados para que se possam entender melhor esses fatores e orientar de forma científica as ações

de prevenção. O conhecimento científico atual mostra que essas intervenções devem se dar o mais precocemente possível para prevenirem potenciais prejuízos à saúde física e mental dessas crianças e, conseqüentemente, ao seu próprio futuro. Estudo realizado encontrou associação entre abuso físico e diagnóstico de transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo⁶.

Os achados do presente estudo mostraram que a violência encontra-se arraigada na família brasileira, uma vez que a residência foi o local de ocorrência mais frequente desses casos e os pais, mães, padrastos e madrastas figuraram como os principais perpetradores desses atos. Além disso, nossos resultados são consistentes, respaldados por dados nacionais que também mostraram as crianças menores de zero a nove anos como aquelas que respondem pela maior proporção de notificações; que a agressão física é o tipo de violência mais prevalente; e que o local de ocorrência mais frequente é a residência^{4,9}. Também é interessante notar que estudo conduzido em Salvador, que utilizou como fonte de dados a Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, no qual os autores assinalaram não ter havido nenhuma notificação de profissionais de saúde, também mostrou o abuso físico como o mais prevalente, especialmente entre o sexo masculino, e que a maioria dos agressores foram do sexo masculino¹⁰.

Foram evidenciadas diferenças importantes relacionadas ao tipo de violência e sexo da vítima, apontando questões de gênero que mereciam ser mais aprofundadas, tanto do ponto de vista teórico, quanto pela condução de mais estudos que permitam detalhar mais este problema. Especial destaque deve ser dado à proporção de notificações de violência no sexo feminino, que se relaciona à condição de subordinação da mulher na sociedade, verificada desde a infância.

Os resultados aqui apresentados estão sujeitos a algumas limitações, sendo a principal delas a impossibilidade de generalização dos dados e, portanto, de construção de taxas, uma vez que os dados não foram coletados universalmente, mas em serviços sentinela. Por isso, cabe assinalar que, apesar do expressivo número de casos, os dados coletados ainda devem estar subestimados. Como exemplo, pode ser citado um estudo realizado em dois serviços de emergência no Rio de Janeiro, que mostrou baixa captação e notificação de casos de maus-tratos¹¹. Outro aspecto diz respeito à impossibilidade de fazer análises relacionando os casos com variáveis socioeconômicas e desigualdades, que são apontadas como fatores estruturais que podem favorecer a violência⁹.

Entre os resultados positivos e promissores neste cenário, destacamos o número expressivo de notificações e o achado de que 70% dos casos notificados foram encaminhados para instituições fora do setor saúde, componentes da rede de atendimento às pessoas em situação de violência. Esse fato aponta um compromisso com o referenciamento desses casos e a existência de alguma articulação interdisciplinar e intersetorial, o que é essencial para a interrupção desses atos, que, na maioria das vezes, foge ao escopo das ações de saúde. Por outro lado, a discussão do papel do setor saúde neste problema não é fácil e nem consensual. Entende-se que a notificação dos casos suspeitos ou confirmados é hoje a principal forma de atuação do profissional, uma vez que inicia o processo de assistência e auxílio à criança e à família¹². Por outro lado, reconhece-se que existem dificuldades que se interpõem nesse caminho. Estudos realizados entre pediatras apontaram como possíveis fatores: o baixo grau de confiança nos órgãos de proteção à criança, a pouca ou nenhuma formação sobre o tema, o medo de se envolver legalmente e o desconhecimento de que a notificação deve ser realizada na suspeita de maus-tratos e não da confirmação do caso¹³⁻¹⁶.

Sabe-se também que nos serviços públicos a grande demanda pode comprometer a qualidade do acolhimento a grupos específicos¹⁷, porém o espaço de consulta deve ser aproveitado para educação em saúde pública¹⁸, orientação de pais e responsáveis pelas crianças para além de cuidados de puericultura. Os resultados aqui apresentados mostram que muitos profissionais de saúde estão fazendo a suspeita de maus-tratos, rompendo o silêncio e

notificando esses casos. É importante salientar que estes profissionais encontram-se em posição privilegiada para diagnosticar, notificar e encaminhar os casos aos serviços de referência pertinentes. A suspeita de maus-tratos deve fazer parte da rotina do exame da criança. Desse modo, esses profissionais podem contribuir para interromper o ciclo da violência que compromete o futuro de muitas crianças e suas famílias.

CONCLUSÃO

O Sistema VIVA constitui-se fonte de informações importantes sobre os maus-tratos contra a criança e o adolescente. Os resultados do presente estudo permitiram traçar um perfil geral das notificações em menores de 15 anos, mostrando que a violência física foi o tipo preponderante, os principais agressores foram os pais e a residência foi o principal local dessas ocorrências. Dada a sua alta prevalência, recomenda-se que o diagnóstico de maus-tratos faça parte da rotina do exame da criança. Dentro disso, destacamos a adaptação ao contexto brasileiro do módulo de maus-tratos no âmbito da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), proposta pela Organização Pan-Americana da Saúde¹⁹. Adicionalmente, as estratégias de prevenção dessas ocorrências devem dar ênfase à interligação das políticas sociais e de segurança pública com a saúde pública.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization & International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: World Health Organization Library Cataloguing-in-Publication Data; 2006.
2. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical Medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva, World Health Organization, 2010. [citado 7 jul 2011]. Disponível em: http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf.
3. Deslandes SF, Assis SG, Santos NC. Violência envolvendo crianças no Brasil – um plural estruturado e estruturante. In: Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília (DF): Secretaria de Vigilância em Saúde. Ministério da Saúde; 2005.
4. Aded NLO, Dalcin BLS, Moraes TM, Cavalcanti MT. Abuso sexual em crianças e adolescentes: revisão de 100 anos de literatura. Rev Psiquiatria Clín. 2006;33(4):204-13. [citado 29 abr 2011]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000400006&lng=pt.
5. Hill, Terrence D, Schroeder RD, Bradley C, Kaplan LM, Angel RJ. The long-term health consequences of relationship violence in adulthood: an examination of low-income women from Boston, Chicago, and San Antonio. Am J Public Health. 2009;99:1645-50.
6. Abramovitch S, Maia MC, Cheniaux E. Transtornos de déficit de atenção e do comportamento disruptivo: associação com abuso físico na infância. Rev Psiquiatr Clín. 2008;35(4):159-64.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Viva: Vigilância de Violências e Acidentes; 2009. Ministério da Saúde, Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília (DF): Editora do Ministério da Saúde; 2010. [citado 27 jun 2011]. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/viva_2008_2009_30_11_2010.pdf.
8. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual instrutivo de preenchimento da ficha de notificação/investigação individual de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. [citado 20 jan 2011]. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_dnc.htm.
9. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: estudos científicos recentes. Rev Saúde Pública. 2006;40(n. esp.):112-20.
10. Carvalho ACR, Barros SG, Alves AC, Gurgel CA. Maus-tratos: estudo através da perspectiva da delegacia de proteção à criança e ao adolescente em Salvador, Bahia. Ciênc Saúde Coletiva. 2009;14(2):539-46.

11. Moura ATMS, Moraes CL, Reichenheim ME. Detecção de maus-tratos contra a criança: oportunidades perdidas em serviços de emergência na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(12):2926-36.
12. Barbosa PZ, Pegoraro RF. Violência doméstica e psicologia hospitalar: possibilidades de atuação diante da mãe que agride. *Saúde Soc*. 2008;17(3):77-89.
13. Bannwart TH, Brino RF. Dificuldades enfrentadas para identificar e notificar casos de maus-tratos contra crianças e/ou adolescentes sob a óptica de médicos pediatras. *Rev Paul Pediatr*. 2011;29(2):138-45.
14. Pires JM, Goldani MZ, Vieira EM, Nava TR, Feldens L, Castilhos K *et al*. Barreiras, para a notificação pelo pediatra, de maus-tratos infantis. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2005;5(1):103-8.
15. Bourroul MLM, Rea MF, Botazzo C. Residentes de pediatria diante da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Interface*. 2008;12(27):737-48.
16. Luna GLM, Ferreira RC, Vieira LJES. Notificação de maus-tratos em crianças e adolescentes por profissionais da Equipe Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(2):481-91.
17. Nomura RMY, Benute GRG, Azevedo GA Dutra SEM, Borsari CG, Rebouças MSS *et al*. Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais brasileiras. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(6):644-50.
18. Mourão PR. Tempo decorrido desde a última consulta: análise de um modelo estatístico aplicado ao caso das mulheres na Espanha. *Rev Assoc Med Bras*. 2011;57(2):164-170.
19. Santos SR, Ferreira AL, Paixão AC, Pfeiffer LY, Aquino LA, Amaral JJE. Adaptação e aplicabilidade do componente "maus-tratos" à estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância no Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2009;9(3):359-66.